

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes de l'Ovaire
compiquant la puerpéralité

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 11 Janvier 1922.

PAR

Philibert-Théodore-Elie THÉAULT

Né à Coutures (Deux-Sèvres), le 30 Octobre 1892

Examineurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, Professeur, *Président*,
MOUSSOU, Professeur,
POUSSON, Professeur
VENOT, Agrégé.

Juges.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

16, rue Saint-Siméon, 1.

1922

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Kystes de l'Ovaire compiquant la puerpéralité

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 11 Janvier 1922

PAR

Philibert-Théodore-Elie THÉAULT

Né à Coutures (Deux-Sèvres), le 30 Octobre 1892



Examineurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, Professeur, *President.*

MOUSSOUS, Professeur.

POUSSON, Professeur

VENOT, Agrégé.

Juges.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

16, rue Saint-Siméon, 16

1922

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SÍGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Clinique externe	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique chirurgicale, infan- tile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique gynécologique	BEGUIN.
Anatomie pathologique	SABRAZES.	Clinique médicale des mala- dies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ.	Chimie biologique	DENIGES.
Anatomie générale et histo- logie	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SÍGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Médecine légale	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinales	POUSSON.
Physique biologique et cli- nique d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique psychiatrique	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Oto-Rhino Laryngologie	MOURE.
Botanique et matière médi- cale	BEILLE.	Toxicologie	BARTHE.
			M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N...		
Histologie	LACOSTE (chargé)	Médecine générale	LEURET.
Physiologie	DELAUNAY.		DUPÉRIÉ.
Anatomie pathologique	MURATET.		CREYX.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SÍGALAS (chargé)	Maladies mentales	MICHELEAU.
Physique biologique et médi- cale	N...		PERRENS.
Chimie biologique et médi- cale	RÉCHOU.	Chirurgie générale	GUYOT.
			ROCHER.
Médecine générale	N...		DUVERGEY.
	PETGES.	Obstétrique	PAPIN.
	CARLES (J.).		PÉRY.
	MAURIAC.	Ophtalmologie	FAUGÈRE.
		Pharmacie	TEULIÈRES.
			LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire		MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie		CARLES.
— de Médecine opératoire		VENOT.
— d'Accouchements		PÉRY.
— d'Ophtalmologie		CABANNES.
— de Puériculture		ANDERODIAS.
— de Climatologie et Hydrologie médicale		SELLIER.
— de démonstrations et préparations pharm.		LABAT.
— de chimie		RANGIER.
— de Vénérologie		PETGES.
— de Pathologie interne		MAURIAC.
— de Pathologie externe		GUYOT.
— d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexe de prothèse et rééducation professionnelle		ROCHER.
		GOURDON.

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent étre considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes de l'Ovaire
complicquant la puerpéralité

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

Témoignage de ma pieuse affection.

A MA MÈRE ET A MA SŒUR

Expression de mon infinie tendresse.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MAÎTRE
EN OBSTÉTRIQUE
M. LE PROFESSEUR LEFOUR

A M. LE DOCTEUR MARC RIVIÈRE

*Qui nous inspira ce travail et nous
éclaira de ses conseils.*

A M. LE PROFESSEUR RIVIÈRE

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A TOUS MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

INTRODUCTION

L'étude des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse a été l'objet de nombreuses publications auxquelles il nous serait difficile d'ajouter des faits nouveaux. Parmi ces différents travaux, la thèse d'agrégation de Rémy (1886) nous a semblé la plus complète. Dans cet ouvrage ont été rassemblées, avec un grand souci de l'exactitude, toutes les connaissances de l'époque. Mais depuis cette date, les progrès de l'asepsie, en donnant aux procédés chirurgicaux une extension considérable, vinrent apporter de sérieuses modifications dans les méthodes de traitement, si bien, qu'à l'heure actuelle, les interventions obstétricales pures ne sont restées en faveur que dans certains cas spéciaux.

L'ovariotomie, au contraire, est devenue d'un usage courant; elle est considérée par l'unanimité des auteurs, comme le traitement de choix.

Il persiste cependant un point délicat, sur lequel les avis sont encore partagés : à quel moment faut-il intervenir ?

Au cours de la deuxième moitié de la gestation ce problème acquiert une importance capitale. La vie de la mère et celle de l'enfant sont alors exposées aux plus grands dangers; il faut à tout prix sauvegarder l'une et l'autre.

Donner des renseignements pratiques susceptibles de guider le clinicien dans la conduite à tenir en cas de grossesses compliquées de kystes ovariens, et spécialement au cours de la seconde moitié de la gestation, voilà le but de notre thèse.

Après un aperçu de la fréquence des kystes de l'ovaire dans la gravidité, et des accidents à craindre pendant la grossesse,

le travail, et les suites de couches, nous limiterons notre travail à l'étude des différents moyens (ponction, refoulement du kyste, incision et drainage) préconisés jusqu'à ces dernières années pour le traitement des kystes ovariens, et aux méthodes actuelles de traitement, découlant des progrès de l'asepsie et de notre familiarisation avec la laparotomie.

FRÉQUENCE DES KYSTES DE L'OVAIRE DANS LA GRAVIDITÉ.

Les cas de grossesse coïncidant avec un kyste de l'ovaire sont très rares. Sur 2.500 cas de grossesse, Mac Kerron (1) n'en a vu qu'un cas coïncidant avec un kyste de l'ovaire; Löhlein (1), sur 4.300 cas de grossesse, n'a vu que 2 kystes de l'ovaire, et Fleischlein (1), sur 17.832 grossesses, n'en a vu que 5 avec kyste de l'ovaire.

Pour notre part, nous n'avons pu relever depuis vingt ans, à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Bordeaux que 3 cas de grossesse avec kyste de l'ovaire, et 6 cas à la Maternité. La grossesse avec kystes bilatéraux est encore plus rare, le parenchyme des ovaires étant dégénéré, l'ovulation devient impossible.

(1) Cités in Thèse Sokoloff, Paris 1913.

CHAPITRE PREMIER

EVOLUTION ET COMPLICATIONS.

Examinons maintenant comment, dans leur existence côte à côte, vont se comporter ces deux tumeurs dont l'une au moins, l'utérus, est destinée à prendre en quelques mois une extension considérable, et dans quelle mesure elles pourront être tolérées par la parturiente.

Dans cette étude, nous adopterons le plan suivant :

I. — *Accidents propres des kystes*, dont la production est favorisée par la gravidité (inflammation et suppuration, rupture, torsion du pédicule, hémorragie intra-kystique).

II. — *Complications de la gestation* (oppression, dyspnée, palpitations, refoulement du diaphragme, surdistension abdominale, compression des organes, œdème, varices, troubles de la miction et de la défécation).

III. — *Complications du travail*. Expulsion du produit de conception (compression de l'utérus, adhérences, déviations utérines). Dystocie dans le cas de kyste prævia.

I. — ACCIDENTS PROPRES DU KYSTE.

Si assez souvent le kyste ne subit aucun accident pendant la grossesse et l'accouchement, il n'en est malheureusement pas

toujours ainsi. Le kyste a sa pathologie propre, qu'il vienne ou non compliquer une grossesse. Mais dans ce dernier cas, les accidents sont beaucoup plus fréquents, et tous les auteurs sont d'accord sur l'action bien évidente de la grossesse et de l'accouchement sur la production des accidents du kyste. A leur tour, ces accidents retentiront sur la grossesse d'une façon très fâcheuse, de sorte que kyste et utérus gravide viennent se compliquer réciproquement.

Les accidents du kyste sont l'hémorragie, la suppuration, la rupture, la torsion du pédicule et la péritonite, qu'elle soit secondaire à un accident du kyste ou déterminée seulement par sa présence.

a) *Hémorragie*. — Selon la plus ou moins grande quantité de sang épanché, on aura les signes d'une hémorragie interne, ou bien rien ne traduira au dehors cet accident, à moins qu'on ne ponctionne le kyste.

b) *Suppuration du kyste*. — Elle est quelquefois la conséquence de ponctions du kyste, ponctions faites contre les règles de l'asepsie. Mais cette complication peut avoir lieu sans qu'il y ait eu intervention. Elle se manifeste par des douleurs abdominales, de la fièvre, et un accroissement rapide de la tumeur.

c) *Rupture du kyste*. — Non seulement le kyste de l'ovaire peut se rompre aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de l'état gravidique, mais la grossesse agit certainement comme cause prédisposante. L'accident peut se produire dans les trois phases de la gravidité, mais surtout pendant le travail. La rupture ayant lieu dans les suites de couches semble d'ailleurs se rattacher au traumatisme du travail.

La grossesse complique la tumeur ovarienne, et à leur tour, les accidents du kyste ovarien, en retentissant sur l'état gravidique, compliquent la grossesse.

La rupture d'un kyste ovarique reconnaît des causes prédisposantes et des causes efficientes. Quand les parois du kyste sont épaisses et solides, l'accident est peu à redouter, mais on

trouve une véritable cause prédisposante dans le peu d'épaisseur des parois de certains kystes.

L'inflammation du kyste est une cause fréquente de rupture, mais c'est surtout pendant la puerpéralité qu'on voit se produire cette rupture des kystes qui se sont enflammés à la suite de contusions supportées pendant le travail, tandis que les exemples d'inflammation primitive d'un kyste pendant la grossesse entraînant sa rupture sont rares. A la suite du traumatisme du travail, le kyste s'enflamme, le ramollissement de la paroi entraîne la rupture et le contenu s'épanche soit dans la cavité abdominale, soit dans la cavité d'un viscère voisin, vagin ou rectum, si des adhérences ont fixé le kyste à ce viscère. Parmi les causes prédisposantes de rupture, il faut encore compter la rotation du kyste sur son pédicule.

Les causes efficientes de la rupture sont les pressions, les traumatismes que supporte le kyste.

d) *Torsion du pédicule.* — Elle est dûe à ce que la tumeur tourne sur son axe. La torsion peut avoir lieu pendant la grossesse et les suites de couches, mais c'est un accident assez rare. Rémy dans sa thèse d'agrégation n'a pu en réunir que 18 cas dont 11 pour la grossesse. On peut rencontrer pendant la grossesse deux variétés cliniques de torsion du pédicule, la forme lente et la forme brusque. Dans la forme lente, l'enroulement se produit petit à petit, la circulation se fait encore, mais plus faiblement. Aucun phénomène apparent ne survient. Cette forme lente est une découverte d'autopsie ou de laparotomie.

La forme brusque est beaucoup plus dangereuse. Les grosses veines sont comprimées, et le sang continue à affluer vers le kyste par les artères. Les conséquences en sont fatalement la congestion, l'extravasation du sang dans le kyste et sa rupture, si l'on n'intervient pas à temps par l'ovariotomie. Si la rotation est encore plus accentuée, tout apport de sang est supprimé, il y a menace de gangrène.

On peut se demander si la grossesse prédispose à la torsion

du pédicule et comment elle agit. S'il s'agit d'un kyste mobile, non adhérent, tous les déplacements qu'il subira pourront le faire tourner sur son axe. Or ces déplacements existent surtout dans le cas de grossesse. L'utérus soulève le kyste, le pousse sur un côté, et peut le faire tourner. Après l'accouchement, le retrait de l'utérus laisse de la place au kyste qui peut de ce chef subir un nouveau déplacement, et un léger mouvement de rotation qui peut s'accroître à l'occasion d'un mouvement brusque. Il est donc légitime de penser que la grossesse prédispose à cet accident. L'observation montre en effet que la torsion du pédicule est beaucoup plus fréquente au cours de la grossesse qu'en dehors de l'état gravidique. D'après Puech et Vanoerts, cet accident se produirait dans 6 0/0 des cas chez les femmes non gravides et dans 17 0/0 des cas chez les femmes en état de gestation. D'après Treub, la torsion s'observerait pendant le puerperium dans 22 0/0 des cas au lieu de 8 0/0 chez les femmes non gravides. Cette fréquence de torsion du pédicule chez les femmes en état de gestation, s'explique comme nous l'avons dit plus haut par les déplacements que subit la tumeur, du fait de l'accroissement de l'utérus pendant la gestation, et de son retrait pendant le puerperium.

Signalons enfin que la grossesse semble activer le développement de certains kystes. Méconnus absolument avant la grossesse, ils se développent avec une rapidité excessive, et prennent rapidement des adhérences avec la paroi abdominale et les organes intra-abdominaux.

e) *Péritonite*. — Elle est naturellement la conséquence des autres accidents du kyste, rupture, torsion et suppuration. Mais en dehors de ces accidents, la présence d'un kyste dans le cours de la grossesse, peut-elle déterminer une péritonite ? Mégrat (1) admet que « de gros kystes de l'ovaire peuvent donner lieu pendant la grossesse à des péritonites partielles avec formation d'adhérences déterminées sans doute par le frotte-

(1) De la péritonite développée pendant la grossesse (Annales de gynécologie 1883).

ment des deux tumeurs utérine et ovarienne qui se gênent réciproquement. » Les frottements entre le kyste et le péritoine font naître des adhérences. Enfin, quelle que soit la pathogénie de ces péritonites sans accidents du kyste, elles n'en existent pas moins, quoique rares.

Beaucoup moins rares sont celles survenant à la suite d'un accident du kyste. Quand il se produit une rupture ou une suppuration du kyste, l'épanchement du contenu, l'inflammation de la tumeur entraînent pour ainsi dire fatalement l'inflammation de la séreuse.

II. — COMPLICATIONS DE LA GESTATION

Elles sont nombreuses, fréquentes, mais sont loin d'être la règle. Une grossesse peut parfaitement évoluer sans présenter de phénomènes importants, alors même qu'il existe un kyste.

Bien des femmes qui se présentent au médecin avec un gros kyste de l'ovaire lui apprennent qu'elles ont eu un certain nombre de grossesses, depuis le moment où elles ont remarqué que leur ventre avait pris un développement anormal, qu'entre les grossesses elles restaient avec un abdomen plus volumineux qu'autrefois.

Spencer Wells cite le cas d'une femme qui bien qu'atteinte d'un kyste ovarien devint enceinte cinq fois et eut cinq enfants sans aucun accident. Il cite encore le cas d'une femme qui fut opérée au sixième mois de sa septième grossesse et qui avait eu six enfants depuis que la tumeur avait été reconnue. La véritable raison de cette innocuité relative du kyste pendant la grossesse réside dans ce fait que le kyste n'atteint pas un grand volume, et qu'il se développe lentement. Si son développement se fait insensiblement, l'organisme s'habitue peu à peu à la gêne qu'il détermine.

Si nous admettons que dans beaucoup de cas la femme peut aller jusqu'au terme sans être trop incommodée par son kyste, nous sommes loin de dire qu'il faut s'attendre à voir les faits

se présenter toujours de la sorte. Cela pourra se produire pour un kyste peu volumineux, comme une orange, comme le poing ; un kyste de ce volume placé à côté de l'utérus et même dans la cavité pelvienne, passera bien des fois inaperçu pendant le cours de la gestation. Il n'en sera plus de même si le kyste présente un volume plus important ou un accroissement rapide. La femme arrivée à terme, est déjà incommodée par le grand développement de l'utérus gravide, mais sa gêne sera beaucoup plus sérieuse, si, à cet utérus à terme, s'adjoint une autre tumeur d'égal développement.

C'est la surdistension abdominale qui va devenir la source de tous les maux. Un premier fait noté même par l'entourage, c'est que de bonne heure, cette femme présentera un abdomen aussi volumineux qu'une femme arrivée au terme de sa grossesse. Si le kyste est volumineux, à cet accroissement anormal du ventre, s'ajoutent des douleurs dues à la distension de la paroi abdominale, au déchirement des fibres musculaires de la sangle abdominale, à la compression directe des filets nerveux.

Le kyste, pour se loger dans l'abdomen, refoule les intestins. L'estomac lui-même est plus ou moins comprimé ou refoulé ; il en résulte que les fonctions digestives se font péniblement. Les réservoirs contenus dans la cavité abdominale sont plus ou moins comprimés ; de là, des difficultés du côté de la miction, parfois des envies fréquentes d'uriner, des compressions du rectum ou de l'S iliaque, qui se traduisent par de la constipation.

Le kyste peut encore comprimer les vaisseaux qui vont de l'abdomen vers les membres inférieurs, gêner la circulation de retour, favoriser ainsi la production de l'œdème, de varices.

La compression pourra même se faire sentir sur les organes de la cage thoracique. Le kyste, refoulant le foie et le diaphragme, celui-ci ne pourra plus fonctionner normalement ; d'où gêne de la respiration, fréquence des mouvements respiratoires, et quelquefois véritable dyspnée avec accès de suffocation. Le cœur est dévié par le fait de ce refoulement du dia-

phragme et sa compression se traduit par des palpitations.

Il nous reste, en dernier lieu, à étudier l'action du kyste sur l'utérus et son contenu. Le kyste peut déplacer l'utérus gravide, produire une déviation. Lorsqu'il est volumineux, il se place le plus souvent dans un des côtés de la cavité abdominale et l'utérus occupe l'autre côté, mais souvent il se place aussi en avant ou en arrière, produisant alors soit anteversion, soit une rétroversion. Ces modifications de situation de l'utérus gravide ne sont pas sans produire des douleurs et des troubles du côté de la vessie et du rectum. Mais en outre, cet utérus peut, sous l'influence de la gêne qu'il éprouve, entrer prématurément en contraction, d'où menace d'avortement ou d'accouchement prématuré. D'après Rémy l'avortement ou l'accouchement prématuré par compression de l'utérus se produirait dans 23 0/0 des cas, et d'après Puech et Vanverts, seulement dans 12.5 0/0 des cas.

Ajoutons enfin que si, comme nous l'avons vu plus haut, l'état gravidique constitue une cause prédisposante d'accidents du kyste, ces accidents à leur tour retentissent sur la gestation. Le kyste est déjà une complication quand il s'agit par son volume, son accroissement; mais cette complication devient plus sérieuse s'il survient des accidents du côté du kyste. La péritonite partielle expose la femme à des contractions prématurées.

Quelle est la marche de la grossesse compliquée du kyste ovarique ?

Le plus souvent la grossesse va jusqu'au terme, que la femme soit ou non incommodée par son kyste. Mais sous l'influence des différentes causes que nous avons passées en revue, le travail peut se déclarer prématurément.

III. — COMPLICATIONS DU TRAVAIL.

Trois facteurs entrent en jeu dans le mécanisme du travail, Ce sont la contraction utérine, le bassin et le fœtus. Si l'un

de ces facteurs est troublé, il en résulte un accouchement dystocique. Etudions l'action que peut avoir un kyste de l'ovaire sur ces trois facteurs.

Action sur la contraction. — L'observation montre que malgré la présence du kyste, et même malgré des adhérences entre le kyste et l'utérus, la contraction se fait normalement. Quelquefois cependant on a noté l'affaiblissement des contractions et la terminaison de l'accouchement par le forceps.

Enfin si le kyste siège dans le bassin, et non dans la cavité abdominale, le résultat est tout autre, l'utérus luttant contre l'obstacle, le muscle utérin finit par éclater. Il se fait une rupture utérine.

Action sur le fœtus. — Théoriquement, la tumeur, suivant son siège peut agir de plusieurs façons sur le fœtus et produire toutes les présentations anormales.

Ainsi, une tumeur siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, peut, en déplaçant la tête, en l'éloignant du détroit supérieur, amener la production d'une présentation de l'épaule.

En pratique, les présentations sont à peu près ce qu'elles sont sans cette complication.

Action sur la filière pelvi-génitale. — Il faut tenir compte ici du siège de la tumeur. Si celle-ci est hors de l'aire pelvienne, l'engagement du fœtus se fera normalement. Si, au contraire, le kyste obstrue le détroit supérieur ou l'excavation, leur diamètre se trouve amoindri, et l'engagement ou la descente est théoriquement impossible. D'après Puech et Vanoerts, les kystes pelviens seraient une cause de dystocie 272 fois sur 455 accouchements.

! Pourtant, même dans le cas de tumeur pelvienne, l'accouchement peut être spontané (1/3 des cas d'après Rémy). Cela tient à ce que le kyste peut se réduire, s'aplatir, se rompre (1), ou même descendre devant la partie fœtale, mais tout cela ne se fait pas sans dangers pour la mère.

(1) La rupture du kyste au moment du travail se produit 15 fois sur 183 accouchements, d'après Mac Kerron.

CHAPITRE II

ANCIENNES MÉTHODES DE TRAITEMENT.

A. — KYSTES DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE.

I. — *Traitement pendant la grossesse.* — Deux modes de traitement étaient employés par les anciens accoucheurs pendant la grossesse pour les kystes situés dans la cavité abdominale. Ces modes de traitement étaient la provocation de l'accouchement prématuré, et la ponction du kyste.

a) *Provocation de l'accouchement prématuré.* — C'est la règle de conduite pour Barnes. Pour cet auteur, « les risques de rupture, d'étranglement de la tumeur, d'hémorragie et de péritonite, sont si sérieux et les accidents arrivent tellement à l'improviste, qu'on doit se demander s'il est prudent de laisser l'utérus gravide et la tumeur se développer ensemble, et s'il ne faut pas intervenir. Ne rien faire parce que la grossesse s'est quelquefois terminée heureusement, c'est simplement s'en remettre au hasard. Nous n'avons aucun signe qui nous indique qu'une tumeur crèvera ou s'étranglera dans le cours de la grossesse ou du travail; les tumeurs liquides ont plus de chances de crever, mais les tumeurs solides peuvent se tordre et s'étrangler; les deux espèces peuvent amener un obstacle imprévu et subir un traumatisme pendant le travail. L'orga-

nisme peut n'avoir pas la force de supporter ce traumatisme, tandis qu'une intervention judicieuse n'entraîne aucun danger sérieux. »

Il y a pour Barnes des considérations qui plaident fortement en faveur de l'élimination de la grossesse : 1° la tumeur peut être en grande partie solide ; 2° si elle est liquide en grande partie, nous ne pouvons pas savoir avant la ponction, ce qui en restera de solide pour rendre l'accouchement dangereux ; 3° la ponction du kyste peut être dangereuse par ell-même, le kyste peut se remplir de nouveau, l'accouchement prématuré peut se produire dans des circonstances défavorables. « Il nous faut donc commencer par provoquer l'accouchement ; voilà la règle. L'exception est de ponctionner. »

Depuis longtemps, les auteurs ne sont plus favorables à l'accouchement provoqué. Pour les anciens accoucheurs, la vie du fœtus ne comptait pour ainsi dire pas à côté de celle de la mère, et il était courant de le sacrifier pour la sauvegarde maternelle. L'opinion actuelle considère que l'intérêt de l'enfant doit être respecté au même titre que celui de la mère. Toute intervention sur l'utérus gravide doit donc être une pratique à rejeter. Ce n'est d'ailleurs pas là une méthode exempte de dangers, ni un procédé donnant de bons résultats d'une façon générale. L'interruption artificielle n'exclut aucunement les dangers résultant de l'influence défavorable de l'acte de l'accouchement et de la puerpéralité sur la tumeur même (hémorragie intrakystique, suppuration, etc.), et, d'autre part, l'extirpation de la tumeur devenant malgré tout inévitable plus tard, la malade est exposée en peu de temps à deux interventions, donc deux risques de danger, provocation de l'accouchement prématuré et ovariectomie.

Ce que nous venons de dire montre parfaitement combien on est peu favorable actuellement à l'accouchement provoqué, parce qu'il ne rend pas les services qu'on attendait de lui, et parce qu'il ne fait que retarder de quelques jours l'ovariectomie.

b) *Ponction du kyste.* — La ponction du kyste a été autrefois recommandée par tous les auteurs qui pensaient, au moyen

de cette opération, écarter les accidents et permettre à la grossesse d'aller jusqu'à son terme normal.

Mais cette intervention qui n'est qu'un moyen palliatif n'est pas exempte d'accidents. On lui a reproché d'occasionner la suppuration du kyste, la torsion du pédicule, des hémorragies intra-kystiques, des adhérences, de la péritonite et l'expulsion prématurée du produit de conception. Aussi l'abandonne-t-on de plus en plus, et ne l'emploie-t-on que si l'ovariotomie est impossible.

II. *Traitement pendant l'accouchement.* — Quand un kyste de l'ovaire situé dans la cavité abdominale vient compliquer le travail chez une femme enceinte, le plus souvent l'accouchement s'accomplit naturellement. La tumeur ne semble pas, comme nous l'avons vu plus haut, prédisposer aux présentations vicieuses. Le travail s'accomplira donc comme dans les cas normaux. L'accouchement semble plus douloureux, en raison de la compression du kyste. Cette compression pouvant exposer le kyste à des contusions qui pourraient être suivies d'inflammation pendant la puerpéralité, on ne laissera pas la femme s'épuiser en vains efforts, si quelque obstacle (résistance du périnée) ou un certain degré d'inertie ralentissent la dernière partie du travail. Il vaut mieux recourir à l'emploi du forceps.

B. — KYSTES OBSTRUANT LE PETIT BASSIN

Quelquefois, les petites tumeurs de l'ovaire, placées dans le cul de sac de Douglas, à mesure qu'elles grossissent et que l'utérus en s'hypertrophiant, les chasse devant lui, s'élèvent au-dessus du détroit supérieur pour devenir abdominales, mais il peut se faire que la tumeur reste dans l'excavation, si elle a contracté des adhérences.

Une tumeur ainsi située produit peu de malaises pendant la grossesse, quelquefois pourtant de fortes douleurs sacrées. Mais c'est surtout pendant l'accouchement que ces tumeurs jouent un rôle important puisqu'elles retrécissent, comme nous

l'avons vu l'aire du détroit supérieur, et qu'elles deviennent une cause de dystocie.

Nous allons examiner les anciennes méthodes de traitement employées pendant la grossesse pour prévenir les difficultés du travail, avant d'arriver à l'intervention pendant le travail.

I. — *Traitement pendant la gestation.* — a) *Refoulement de la tumeur ou réduction.* — Cette opération consiste à essayer par des pressions exercées par le vagin ou le rectum, de faire remonter dans l'abdomen un kyste situé dans le pelvis. Ce procédé a donné des résultats satisfaisants, dans quelques cas. Mais il est douloureux, non exempt de dangers, de rupture du kyste, et la tumeur ainsi refoulée, ne garde pas toujours sa nouvelle situation.

b) *Ponction par le vagin.* — Ce procédé peut être utile pour deux motifs, il peut réduire la tumeur et préparer les voies libres à l'accouchement, il peut enfin renseigner l'accoucheur sur les obstacles plus ou moins insurmontables qui surgiront au moment du travail.

c) *Avortement et accouchement prématurés artificiels.* —

Nous avons dit ce que nous pensions de ce mode de traitement à propos du traitement des kystes de la cavité abdominale pendant la grossesse.

Nous sommes absolument hostile à cette intervention, considérant que dans un cas, on sacrifie inutilement l'enfant, et dans l'autre, on n'écarte point les risques ni les dangers courus par la mère.

II. — *Traitement pendant le travail.* — a) *Refoulement de la tumeur pendant le travail.* — Cette opération, déjà signalée, est recommandée dans tous les traités classiques. Pour cela, on fait prendre à la malade la position genu-pectorale, dans le but d'éloigner autant que possible l'utérus du détroit supérieur et de ménager une voie pour le passage du kyste. Alors, avec un ou plusieurs doigts introduits dans le vagin, on cherche à refouler la tumeur, pendant l'intervalle des contractions, en em-

ployant le plus de douceur possible. Les dangers de cette réduction sont, on le conçoit, la rupture du kyste et son inflammation.

b) *Ponction du kyste.* — Selon la composition du contenu, cette opération pourra ou non réussir. Quand le refoulement ne réussit pas, qu'une tumeur occupe le détroit supérieur ou l'excavation, les anciens accoucheurs recommandent de faire la ponction pour la raison qu'une fois sur dix, c'est une tumeur de l'ovaire, et que celle-ci est le plus souvent un kyste. Les cas d'insuccès tiennent à ce qu'on a à faire à des tumeurs solides.

CHAPITRE III

OVARIOTOMIE ABDOMINALE.

La présence d'un kyste de l'ovaire, chez une malade en période de gestation, est comme nous l'avons vu, la cause de complications extrêmement graves. Lorsque le kyste existe seul, sans grossesse, la règle commune est de prévenir ces accidents par une ovariectomie pratiquée aussitôt que le diagnostic de la tumeur a été posé. Le médecin, dans cette circonstance, n'a qu'une préoccupation : le salut de la malade. Le problème, en cas de coexistence de grossesse et de kyste, ne présente pas la même simplicité. Deux intérêts sont en jeu, la vie de la mère et la conservation du fœtus. Certains auteurs, comme Barnes, n'hésitaient pas à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. L'opinion actuelle considère qu'il faut à tout prix sauvegarder l'un et l'autre. Guidées par ce principe idéal, les recherches les plus récentes ont abouti à la solution véritable : l'intérêt de la mère et de l'enfant exclut toute intervention sur l'utérus gravide. L'avortement provoqué est donc, comme nous l'avons vu, une pratique à rejeter. Non seulement il sacrifie l'enfant, mais il ne garantit pas la mère contre les accidents venant du kyste.

Faut-il alors abandonner à elles-mêmes les grossesses compliquées de kystes, dans l'espérance de les voir terminer normalement ?

Les statistiques suivantes rendent compte de cette pratique. Rémy (1886) sur 321 cas, accuse une mortalité maternelle de 10 0/0 et une mortalité fœtale de 30 0/0. Cette statistique ne

peut être comparée aux résultats obtenus par l'ovariotomie. En considérant les moyennes de Dsirne, on arrive pour l'ovariotomie aux chiffres suivants : mort maternelle 4 0/0, interruption de la grossesse 15 0/0.

Les moyennes suivantes montrent d'une façon plus évidente encore, les résultats fournis par l'ovariotomie, comparés à ceux qu'on obtient quand on abandonne à elles-mêmes les grossesses compliquées de kyste.

	OVARIOTOMIE	ABSTENTION
Mortalité maternelle	12,5 0/0	37 0/0
— foétale	34 0/0	60 0/0

(Mac KERRON).

	OVARIOTOMIE
Mortalité maternelle	6 0/0
— foétale	20 0/0

(PUECH et VANVERTS).

C'est donc à la tumeur qu'il faut s'attaquer; son ablation constitue le traitement de choix. La nécessité de l'ovariotomie étant ainsi universellement reconnue, les divergences ne se manifestent qu'au sujet du moment où l'on doit intervenir. C'est au cours de la gestation que la question est le plus débattue. Nous avons pensé qu'il était utile de préciser ce dernier point, et d'essayer de tracer, dans une certaine mesure une marche à suivre dans l'application de l'ovariotomie comme traitement des kystes ovariens compliquant la grossesse.

Nous ferons précéder cette étude de quelques considérations sur le corps jaune de la grossesse.

LE CORPS JAUNE VERUM EST-IL INDISPENSABLE A L'ÉVOLUTION
DE LA GROSSESSE ?

Le corps jaune se développe aux dépens des parois d'une vésicule de de Graaf rompue et apparaît après chaque ovulation, que celle-ci soit suivie ou non de gestation. Aussitôt après l'expulsion de l'ovule, il se fait à l'intérieur de la cavité du follicule une petite hémorragie et, grâce à la présence du pigment sanguin ou à l'apparition de cellules spéciales, dites cellules lutéiniques, le follicule rompu prend la coloration particulière jaune qui lui a valu son nom.

Certains mammifères, la femme en particulier, possèdent 2 sortes de corps jaune, suivant que la ponte ovarique a été ou non suivie de fécondation. Si la fécondation n'a pas lieu, le corps jaune évolue en un mois, chez la femme, et s'atrophie après. C'est le corps jaune périodique ou c. j. spurium. Si l'ovulation est suivie de fécondation, le corps jaune a une durée beaucoup plus grande; c'est le corps jaune gestatif ou c. j. verum. Mais la structure de ces deux corps jaunes est la même et leur évolution passe par 3 phases successives; une période de développement, durant environ 12 jours, pendant laquelle la cavité du follicule rompu se remplit de sang et ses parois se congestionnent, une période d'état, dans laquelle le corps jaune fait saillie à la surface de l'ovaire congestionné et une période de regression qui commence pour le corps jaune verum à partir du 3^{me} mois. Le corps jaune verum se rétracte, s'atrophie, et au 9^{me} mois présente le même état involutif que le corps jaune spurium 3 semaines après sa formation.

Le corps jaune n'est plus considéré comme une simple cicatrice, mais comme une véritable glande endocrine à évolution périodique et temporaire, tenant sous sa dépendance l'évolution des processus menstruel et gravidique. Plusieurs opinions ont été émises sur l'action du corps jaune dans l'organisme. Pour certains auteurs, il servirait à supprimer ou à fai-

re avorter l'ovulation pendant la grossesse. Pour d'autres, il servirait à favoriser pendant la grossesse, l'insertion et le développement de l'œuf.

Il restait à démontrer la présence dans le sang d'un animal pourvu du corps jaune d'une substance spécifique sécrétée par cette glande. Des expériences ont été faites dans ce but sur des animaux. Pottet a opéré sur la vache et utilisé la méthode de Bordet-Gengou. L'antigène est constitué par un extrait total dans l'eau chlorurée à 9/1000 de corps jaune de vache. Les expériences ont donné la réaction positive sur les vaches gravides, négative sur une vache stérile, ayant un kyste du corps jaune et des ovaires polykystiques, et chez le bœuf, ce qui établit bien la présence dans le sang du produit de sécrétion du corps jaune.

Des expériences faites sur les animaux semblent montrer que le corps jaune enlevé au début de la grossesse, interrompt l'évolution de celle-ci. On peut se demander si, chez la femme, l'ablation d'un ovaire contenant un corps jaune, lors de kyste par exemple, n'expose pas à l'interruption de la gestation, si cette ovariectomie est faite pendant les premiers temps de la grossesse. S'il en est ainsi, on pourrait discuter la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux s'abstenir de toute ovariectomie avant un certain temps de la gestation, temps qu'il serait intéressant de fixer. Sokoloff (1) a pu réunir 47 cas d'ablation du corps jaune au cours des 4 premiers mois. Sur ces 47 cas, 39 fois la grossesse a évolué jusqu'à terme, et 8 fois elle a été interrompue. Sur ces 8 cas, 2 seulement pouvaient être mis sur le compte de l'opération. Les 6 autres étaient dûs à la mort de la mère par cachexie cancéreuse, ou avaient lieu chez des femmes ayant eu des avortements antérieurs.

En résumé, chez la femme gravide, l'ablation du corps jaune au cours de la grossesse n'a pas donné les mêmes résultats que chez les animaux. Presque toujours la grossesse continue

(1) Ekatherine Sokoloff. Thèse de Paris, 1913.

après l'ablation exécutée même pendant les tout premiers mois. Il en résulte que l'existence du corps jaune n'est pas une contre indication à l'ovariotomie.

I. — TRAITEMENT PENDANT LA GESTATION

D'après Pinard, tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré. Cette proposition catégorique résume l'opinion de la majorité des auteurs actuels. Mais le moment d'intervenir dépend de nombreux facteurs : 1° de la situation du kyste (abdominal ou pelvien) ; 2° de la période de gestation ; 3° des complications qui peuvent surgir. Quel est le pronostic fœtal des ovariectomies pratiquées à différentes périodes de la gestation ? La statistique suivante de Dsirne nous en rend compte :

OVARIOTOMIE	INTERRUPTION DE GROSSESSE
Au cours des 4 premiers mois ..	10 0/0
Au cours du 7 ^{me} mois	60 0/0
Au cours du 8 ^{me} mois	40 0/0

Comme l'indique nettement cette statistique, l'expulsion prématurée du fœtus est beaucoup moins fréquentée pendant les quatre premiers mois qu'aux périodes suivantes. Si l'on veut conserver le fœtus, il faut donc pratiquer l'ovariotomie ou bien à la première moitié de la gestation, ou bien tout à fait à la fin, époque où l'accouchement prématuré donne les plus grandes chances de viabilité.

D'autre part, les accidents qui menacent l'existence de la mère et obligent à intervenir sans retard, sans considération pour le fœtus, se produisent de préférence à deux périodes dis-

tinctes : au début de la gestation, vers le troisième ou le quatrième mois, et à la fin de celle-ci, aux huitième et neuvième mois. Or c'est justement pendant ces deux périodes que l'ovariotomie fournit le meilleur pronostic fœtal. Ces considérations vont nous permettre de poser les indications de l'ovariotomie d'une façon précise, et d'être affirmatif dans la conduite à tenir pendant la deuxième moitié de la gestation.

A. — *La gestation est à la première moitié de son cours.* — Si la gestation est à la première moitié de son cours, la proposition de Pinard est indiscutable. Les avantages de l'intervention immédiate sont en effet nombreux. L'ovariotomie, à cette période donne le maximum de chances de survie au fœtus. Elle débarrasse la mère d'une tumeur qui constitue une menace permanente de complications très graves. Enfin elle présente le maximum de facilité, l'opérateur n'étant pas gêné par le volume de l'utérus. Elle est indiquée indifféremment que le kyste soit abdominal ou pelvien. On choisira de préférence le troisième mois, car tout à fait au début de la gestation, l'utérus semble plus excitable.

B. — *La gestation est à la seconde moitié de son cours.* — C'est encore à l'ovariotomie qu'on aura recours, mais pendant la seconde moitié de la gestation, on devra attendre la production des accidents et intervenir à la dernière extrémité dans le but de n'exposer l'enfant à une naissance prématurée qu'à une époque aussi voisine que possible du terme de la gestation.

2 cas se présentent selon que le kyste est abdominal ou pelvien.

1° *Le kyste est abdominal.* — Supposons une malade au début du 6^{me} mois de la gestation, présentant des troubles dûs à la surdistension de son abdomen par un kyste ovarique abdominal. Certains auteurs sont d'avis de faire l'ovariotomie dans le plus bref délai. Cette pratique écarte tout danger pour la mère, mais l'expulsion prématurée du fœtus est à craindre, car le pronostic fœtal de l'ovariotomie, excellent dans les pre-

niers mois, devient franchement mauvais au 6^{me} mois. De plus, il ne faut pas s'exagérer la fréquence des accidents qui menacent la mère après le 5^{me} mois, ni surtout leur importance. Ces accidents n'éclatent jamais subitement. Etant dûs à la surdistension abdominale, ils se manifestent d'une façon progressive. Nous conseillons donc de reculer l'intervention le plus possible, et de n'agir de suite que si l'état général de la malade baissait rapidement. Dans ce cas on baserait son intervention immédiate sur l'un des symptômes suivants : maigreur extrême de la malade, gêne permanente de la respiration, rapidité et petitesse du pouls, œdème des membres inférieurs. Or ces symptômes alarmants ne se manifestent le plus souvent qu'au cours des huitième et neuvième mois. Nous sommes donc autorisés à attendre, et à ne pratiquer l'ovariotomie qu'à une époque où le fœtus sera viable, puisque les accidents de cette seconde période de la gestation sont rares, et puisque s'ils existent, ils permettent même encore l'expectative jusqu'aux derniers mois de la grossesse.

Donc pour toute malade présentant un kyste ovarique et une grossesse d'au moins six mois, l'expectative doit être adoptée. Cette malade doit garder le lit, éviter tout effort, tout mouvement brusque. On doit surveiller le pouls, l'excrétion urinaire, et l'amaigrissement. Contre les troubles de compression, les anciens auteurs préconisaient la ponction de la tumeur par voie abdominale. En présence de certains accidents dûs à cette intervention, on tend maintenant à l'abandonner complètement. Pourtant, dans la période qui nous occupe, si le volume du kyste augmente rapidement, la ponction faite aseptiquement, nous paraît pouvoir rendre des services, non pas dans un but curatif, mais pour permettre de gagner du temps, et pouvoir attendre l'ovariotomie.

2° *Le kyste est pelvien.* — La conduite à tenir pendant la seconde moitié de la gestation est beaucoup plus simple. Les kystes pelviens ont rarement une influence fâcheuse sur le cours de la gestation. Ce sont en général des kystes dermoïdes, qui

se développent lentement et atteignent rarement un très gros volume. Les accidents de compression qu'ils peuvent provoquer sont de ce fait de peu d'importance. Le repos au lit, les lavements chauds, les purgatifs suffisent la plupart du temps à atténuer ces troubles et attendre le terme de la grossesse. L'intervention ne deviendra donc indispensable que pendant le travail, comme nous allons le voir maintenant.

II. — TRAITEMENT PENDANT LE TRAVAIL

Lorsque surviennent les premières douleurs qui marquent le début du travail, la sauvegarde de la mère et de l'enfant ne dépend plus que d'une chose : la perméabilité de la filière pelvienne. Le kyste abdominal dont le rôle pendant la gestation était de première importance, n'en a pour ainsi dire plus aucune ici, puisqu'il n'influera que de façon indirecte sur l'expulsion du fœtus. Par contre, le kyste pelvien, négligeable pendant la grossesse, va être le point de départ des complications graves de l'accouchement, en obstruant une partie de l'excavation. C'est de lui que nous nous occuperons particulièrement.

1° *Le kyste est abdominal.* — La plupart du temps, l'accouchement s'accomplit de façon parfaite, comme si le kyste n'existait pas. On note quelquefois de l'inertie utérine, des présentations vicieuses, des procidences, complications qui nécessitent l'extraction artificielle du fœtus. D'autre part, il y a intérêt à ne pas obliger la mère à des efforts violents d'expulsion, car pendant ces efforts, le kyste serait soumis à des traumatismes répétés et pourrait s'infecter dans la suite. Pour ces raisons, il nous semble préférable dès que la dilatation le permet, de procéder sans retard à l'extraction du fœtus, suivant le cas, à l'aide du forceps ou de la version.

Après l'accouchement, on devra faire l'ovariotomie.

2° *Le kyste est pelvien.* — L'encombrement de l'excavation par un kyste pelvien peut donner lieu, comme nous l'avons vu au chapitre des complications, à la plus grave complication qui puisse survenir au moment de l'expulsion du fœtus, la rupture utérine. L'expectative peut donc avoir des conséquences graves; il faut agir sans retard.

Le traitement idéal est l'ovariotomie abdominale qui constitue le moyen le plus sûr d'extraction du kyste. Cette opération exige malheureusement des conditions spéciales qui peuvent ne pas toujours se présenter, de sorte que l'opérateur peut se trouver dans l'obligation de choisir parmi les anciens procédés, celui qui lui semblera le meilleur. De ces anciens procédés, nous retiendrons la ponction vaginale et l'incision vaginale.

2 cas cliniques peuvent se présenter.

A. — *Kyste pelvien bas situé.* — Supposons une femme en travail et présentant un kyste siégeant à l'entrée du canal pelvien. La dilatation est complète et la poche des eaux rompue. Le seul traitement logique est une intervention par voie vaginale. Le siège du kyste à la partie inférieure du canal pelvien, son enclavement dû à la poussée exercée par le fœtus, ne rendraient possible l'ovariotomie qu'après section césarienne préalable. Malheureusement pour celle-ci, la rupture de la poche des eaux, le degré d'engagement seraient des conditions défavorables. Il nous semble plus logique avec Lepage (1), en présence d'un kyste faisant saillie dans le vagin, alors que la poche des eaux est rompue et la dilatation complète, de tenter la ponction au niveau du cul de sac postérieur. Nous ne prétendons pas conclure que la ponction soit une bonne méthode de traitement des kystes ovariens. Leur ablation s'impose lorsque le kyste, quelque peu volumineux, est intra abdominal ou lorsque, situé dans l'excavation, il n'est pas de consis-

(1) LEPAGE. — De la ponction vaginale dans le traitement des kystes de l'ovaire prævia au cours du travail. Ann. gyn. 1912.

tance nettement liquide. Mais il faut retenir que la ponction n'est pas une méthode qui doive être systématiquement prescrite. Dans le cas clinique qui nous occupe, elle peut rendre de grands services. Pratiqué aseptiquement, après évacuation des réservoirs, elle est d'une technique facile et produit presque toujours un affaissement du kyste suffisant pour laisser passer le fœtus. La ponction nous paraît donc indiquée dans les cas où la laparotomie est impraticable, quand le praticien est appelé d'urgence auprès d'une malade porteuse d'un kyste pelvien bas situé, en pleine phase d'expulsion (dilatation complète et début d'engagement).

On peut aussi dans le cas clinique qui nous occupe tenter l'incision vaginale, si la ponction évacue le kyste de façon insuffisante. Elle peut donc rendre des services lorsqu'on a à faire à un kyste pelvien multiloculaire ou contenant une substance peu fluide.

Certains inconvénients ont été signalés à propos de l'incision vaginale; ce sont : l'inoculation du péritoine par le contenu du kyste, la suppuration de la cavité kystique due à sa communication avec le vagin, et la production d'hémorragies. Ces inconvénients peuvent être évités si l'on a soin d'inciser d'abord la paroi vaginale postérieure, puis, lorsqu'on arrive au kyste, d'y faire une simple boutonnière dont on fixera les lèvres à celles de la plaie vaginale à l'aide de deux pinces. On n'agrandira qu'ensuite l'incision du kyste en plaçant de nouvelles pinces, si l'utilité s'en fait sentir.

Dans le cas précédent, nous avons supposé une femme en travail depuis quelque temps, et porteuse d'un kyste prævia non mobilisable.

Supposons un travail moins avancé, une tumeur non adhérente, nous pourrions avoir recours à l'ovariotomie abdominale. C'est le traitement de choix. Mais l'emploi de la méthode est limité à certaines conditions anatomiques, conditions précisées par Sauvage (1).

(1) SAUVAGE. — Communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, Février 1912.

Il faut que la tumeur puisse être enlevée facilement et rapidement. Quand il s'agit d'une tumeur fortement adhérente dans le bassin, la méthode n'est plus applicable; l'évacuation du contenu de l'utérus s'impose. Même enfermée dans ces limites, l'ablation des tumeurs ovariennes pelviennes, sans section césarienne, présente des inconvénients. Pour atteindre et enlever par laparotomie une tumeur située dans le bassin, au dessous d'un utérus gravide à terme, il faut extérioriser l'utérus. Si la tumeur est volumineuse, la simple extériorisation ne suffit pas, il faut basculer fortement l'utérus en avant vers le pubis, pour avoir une voie d'accès suffisante vers le pelvis. Or cette luxation ne va pas sans danger; elle compromet l'intégrité des pédicules vasculaires de l'utérus, et peut amener la mort du fœtus, peut-être par troubles de la circulation placentaire. Quoi qu'il en soit, dans les conditions ci-dessus citées, l'ovariotomie nous paraît être le traitement de choix, même pour l'enfant, si l'on a soin de ne pas prolonger la luxation de l'utérus, et si l'enfant présente une vitalité entière au moment de l'intervention. Mais il peut arriver que la présence d'un gros utérus en travail gêne les mouvements de l'opérateur, et que celui-ci éprouve de ce fait une grande difficulté à dégager le kyste de sa loge pelvienne. Les adhérences de la tumeur au cul-de-sac de Douglas peuvent venir encore compliquer l'acte opératoire. Cet ensemble de circonstances constitue une indication de la césarienne. Une fois l'utérus vidé, l'extirpation du kyste se présente de façon favorable : l'ovariotomie doit immédiatement faire suite à la césarienne.

B. — *Kyste pelvien haut situé.* — Supposons maintenant une malade portant un kyste pelvien siégeant à la partie supérieure de l'excavation. Elle vient d'entrer en travail, la poche des eaux est intacte, le col commence à se dilater. L'état peu avancé du travail va permettre au médecin de prendre ses dispositions en vue d'une ovariectomie abdominale, dont les chances de succès sont augmentées par suite de la position élevée du kyste. C'est incontestablement dans ces conditions, l'opération

la plus bénigne, la plus sûre, la plus favorable à la mère et à l'enfant.

III. — TRAITEMENT PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Quand une femme à terme et présentant un kyste de l'ovaire accouche spontanément ou à la suite d'interventions quelconques elle n'est nullement à l'abri des dangers qui la menaçaient pendant sa gravidité.

Tous les accidents qui pouvaient se produire pendant sa grossesse, sont encore, pendant ses suites de couches, capables de mettre sa vie en danger.

La torsion du pédicule, dont nous avons parlé à propos des complications de la grossesse, est encore plus fréquente pendant les suites de couches. Cette torsion qui ne se produit que dans 12 0/0 des cas pendant la gestation, a lieu dans 22 0/0 des cas pendant les suites de couches (Rémy). D'après Treub, elle serait même trois fois plus fréquente que pendant la grossesse (22 0/0 au lieu de 8 0/0). Cela s'explique peut-être par le déplacement que subit le kyste, au moment du retrait de l'utérus après l'accouchement.

On observe aussi plus souvent que pendant la gestation, l'infection de la tumeur et sa suppuration. Cette suppuration est généralement consécutive à une gêne de la circulation dans le pédicule, gêne due à une torsion lente, ce qui explique son maximum de fréquence pendant le puerperium, puisque la torsion elle-même est plus fréquente.

La rupture du kyste, ainsi que nous l'avons vu à propos des complications, se produit surtout pendant les suites de couches. Le kyste s'enflamme, puis se rompt à la suite de contusions supportées pendant le travail.

Nous voyons par conséquent que les accidents qui menaçaient pendant sa grossesse la vie d'une femme porteuse d'un kyste de l'ovaire, la menacent encore davantage pendant son puerperium.

Donc lorsqu'une malade porteuse d'un kyste de l'ovaire abdominal ou pelvien accouche spontanément ou à la suite d'interventions n'ayant eu pour effet que la disparition momentanée ou partielle de la tumeur, le devoir du praticien est d'user de toute son influence pour la décider à subir l'ovariotomie. Il doit avertir la malade de la fréquence des accidents qui se produiront inévitablement dans un délai plus ou moins éloigné, torsion du pédicule, suppuration, rupture du kyste, complications qui exigeront une laparotomie d'urgence. La présence du kyste influera d'autre part, de façon bien plus nocive, sur les grossesses ultérieures.

L'ovariotomie doit par conséquent être pratiquée dans les jours qui suivront la délivrance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Ann. gyn. obst. 1913). Lévy. — *Dystocie par tumeur ovarique praevia. Ovariectomie abdominale et accouchement par les voies naturelles.*

Femme de 23 ans, en est à sa troisième gestation. Régliée à 13 ans régulièrement, durée 8 jours. Gestations antérieures normales. L'histoire de sa gestation actuelle ne révèle rien de particulier jusque vers le 18 juillet (dernières règles du 9 au 13 décembre). A ce moment la femme éprouve une sensation de pesanteur dans la région abdominale. L'état général est bon. Pourtant la femme rentre à la Clinique le 29 août. On fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 42 cm. Abdomen faisant saillie en avant. Nombreuses vergetures. Utérus déjeté à droite. Au toucher, on sent une masse qui comble le cul-de-sac postérieur ; cette masse semble fluctuante, et est située en partie à gauche. Le col est mou, non dilaté, les membranes sont intactes.

Le 3 septembre, la femme ressent des contractions utérines douloureuses. Les membranes se rompent spontanément.

M. Lévy, prévenu, intervient immédiatement. Incision médiane de 15 cm. dont le milieu correspond à l'ombilic. Le kyste apparaît à droite du segment inférieur de l'utérus ; après extériorisation de l'utérus, il est impossible de l'énucléer. Ponction in situ, après écartement au maximum de la lèvre droite de la plaie abdominale. La poche kystique est saisie par deux pinces, qui la maintiennent appliquée contre le trocart. Difficultés nouvelles à l'extraction de la poche, après luxation légère de l'utérus hors de la cavité péritonéale. On se rend compte que le

kyste croisait la face postérieure du segment inférieur et s'insérait à droite. Le pédicule, largement implanté sur le bord supérieur de la trompe, est sectionné au ras de la poche kystique, après ligature par transfixion à l'aiguille mousse. L'utérus, replacé dans le ventre, regagne la ligne médiane. Fermeture de la plaie abdominale à l'aide de quatre points de soutènement placés à distance. Réfection en un plan à l'aide de fils métalliques plus rapprochés des lèvres de la plaie.

La femme examinée aussitôt après, présente une dilatation de 5 francs. Trente minutes après l'opération, la dilatation est complète et sans effort, la femme expulse un enfant de 3.150 grammes qui crie immédiatement.

Dix minutes après, expulsion spontanée du placenta.

Suites opératoires très simples, sans élévation de la température, ni du pouls.

OBSERVATION II. (Ann. gyn. et obst. 1912). — *Ponction vaginale chez une femme présentant un kyste de l'ovaire praevia au cours du travail.* (Lepage).

Il s'agit d'une femme dont la première grossesse se termina par un avortement de trois mois. Dix mois après, elle redevint enceinte ; elle perdit les eaux prématurément près du terme, et ne fut envoyée que 3 jours après à la Maternité pour une mauvaise présentation ; il s'agissait en effet d'une présentation de l'épaule. Au toucher, on sent une tumeur qui remplit les trois-quarts de l'excavation ; cette tumeur fait bomber en avant la paroi vaginale postérieure ; elle est située en haut du rectum ; elle est fluctuante, peu tendue, non mobilisable.

On fait, sous chloroforme, par le vagin, une ponction de la tumeur avec le trocart n° 2 de l'appareil de Potain. 400 grammes de liquide limpide s'écoulent. La version est faite, et un enfant mort, pesant 3.250 grammes est extrait. Suites de couches apyrétiques. Au moment du départ de la femme, on ne sent pas trace de la tumeur ponctionnée.

Cette femme redevient enceinte un an après ; accouchement

spontané d'un enfant vivant pesant 3.410 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION III. (Service de M. le Professeur Rivière). Année 1921. — *Kyste de l'ovaire praevia. Opération césarienne suivie d'ovariotomie. Décès, quarante-huit heures après, par accidents pulmonaires. Enfant vivant.*

Il s'agit d'une secundipare entrée à la salle d'accouchement le 18 avril 1921. Première grossesse, il y a deux ans, à 23 ans. Accouchement à terme ; enfant mort pendant le travail.

Le travail a débuté par de légères douleurs dans la soirée du 16. Le 17 au matin, atténuation des douleurs qui reprennent plus énergiques dans la soirée. Les contractions se succèdent assez rapprochées toute la nuit, mais le travail ne progresse pas. C'est dans ces conditions que la malade entre à la Clinique le 18 avril à 5 heures du matin, avec le diagnostic de grossesse gémellaire probable.

Examen à l'entrée. — Les douleurs sont très énergiques et très rapprochées, presque subintrantes. L'utérus est médian, de dimensions normales ; pas d'œdème sus-pubien.

L'utérus reste tendu entre les contractions. On donne un peu de chloral à la malade ; la palpation est rendue plus aisée au bout de quelques minutes. On sent alors une tête en bas, faisant saillie au niveau de la fosse iliaque droite ; le segment inférieur paraît tendu et aminci à son niveau. Le dos est à gauche, le siège en haut, les petits membres à droite.

Pas de sensation anormale par la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche.

Toucher vaginal. — L'excavation est occupée par une masse de la grosseur d'un siège fœtal. Cette masse est de consistance liquide, et fluctuante. Cette tumeur occupe le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac postérieur. Le col est refoulé en avant et en haut derrière la symphyse pubienne. Il n'est pas effacé, mais largement déhiscent. On sent à travers son orifice les membranes qui bombent au moment des contractions.

Le toucher rectal confirme le toucher vaginal. Diagnostic posé avant l'intervention : kyste de l'ovaire. On fait un centicube de morphine sous-cutané pour atténuer la fréquence des contractions utérines et ménager si possible la poche des eaux.

La température de la malade ne dépasse pas 37°.

Intervention à l'Hôpital Tastet-Girard, le 18 avril, à 17 heures.

Opérateurs : M. le Professeur Rivière, M. Lacouture. Anesthésiste : M. Dumaset.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparatomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen, lors de l'énucléation de l'utérus hors de l'abdomen, on ne constate pas de tumeur. Il faut faire basculer l'utérus en avant pour apercevoir derrière lui le kyste en partie enclavé dans le petit bassin.

Section haute de l'utérus qui tombe sur le placenta inséré sur la paroi antérieure. On tente l'extraction de l'œuf en entier, mais les membranes se déchirent. Le liquide amniotique est fortement teinté par le méconium. Le cordon ombilical est lui-même verdâtre.

Suture de l'utérus en deux plans suivant la technique habituelle.

L'utérus étant ensuite attiré en avant, on voit nettement le kyste plus gros qu'une tête fœtale présentant une partie enclavée dans le petit bassin, une partie située dans le grand bassin en avant de l'articulation sacro-iliaque gauche, avec un léger sillon répondant au détroit supérieur du bassin. Le kyste provient de l'ovaire gauche. La portion enclavée est énucléée sans grandes difficultés. On pratique la section du pédicule après double ligature.

L'enfant, qui pèse 2.800 grammes crie rapidement, malgré la présence de mucosités dans ses voies respiratoires supérieures. Il présente au niveau du pariétal gauche une bosse séro-sanguine, sans ecchymoses.

Décès de la mère 48 heures après l'intervention par congestion pulmonaire double.

OBSERVATION IV. (Service de M. le Professeur Andérodias)
Année 1912. — *Kyste de l'ovaire. — Accouchement normal.*

Il s'agit d'une secundipare âgée de 29 ans.

Puberté à 16 ans, règles régulières, mais un peu douloureuses.
Angine diphtérique à 2 ans. Première grossesse à 22 ans.
Accouchement à terme d'une fille vivante et bien portante.

Accidents. — Vomissements biliaires, un peu de dyspnée, crampes dans les membres inférieurs, mictions fréquentes.

Examen. — Œdème des membres inférieurs, varices à la jambe droite.

On trouve à la palpation deux tumeurs tout à fait distinctes, séparées par une ligne de démarcation très nette, l'une à droite, l'autre à gauche, celle-ci plus volumineuse et se contractant.

Bruits du cœur normaux. Col à droite et en arrière, dilaté comme 2 francs.

Accouchement. — Se fit normalement malgré la tumeur. Durée de la période d'expulsion : 25 minutes. Pas de lésions vulvo-périnéales. L'enfant avait 3 circulaires autour du cou, dont 2 très serrés. Le troisième passait en écharpe sous le bras.

Délivrance normale vingt minutes après l'accouchement.

OBSERVATION V. (Service de M. le Professeur Andérodias) Année 1913. — *Kyste de l'ovaire. — Accouchement normal.*

Il s'agit d'une primipare de 25 ans.

Puberté à 12 ans. Fièvres paludéennes à peu près tous les trois ans (la malade habitant l'île de la Réunion).

Entrée dans le service au huitième mois.

Aucun accident de la grossesse.

A l'examen, œdème des membres inférieurs, ventre très développé, à grand axe longitudinal. Utérus dévié à gauche. Dos à gauche, membres à droite, tête engagée.

Accouchement normal. Durée de la période de dilatation : 9 heures. Expulsion naturelle : durée une heure. Délivrance normale.

Suites de couches. — Au deuxième jour, la palpation de l'ab-

domen a fait constater une tumeur volumineuse, à grand axe longitudinal, soulevant la paroi à son niveau, et occupant tout le flanc droit, confinant au foie en haut et descendant dans la fosse iliaque. Cette tumeur est mate, de consistance molle, irrégulière. Son bord interne, presque tranchant, arrive à trois travers de doigt de la ligne médiane. Elle ne se mobilise pas avec l'utérus et semble indépendante de tout organe abdominal.

OBSERVATION VI. (Service de M. le Professeur Lefour). — *Kyste de l'ovaire opéré au sixième mois. — La grossesse évolue.*

Secundipare âgée de 36 ans.

Puberté à 17 ans. Règles régulières, abondantes, très douloureuses avant l'écoulement sanguin. Les douleurs persistent jusqu'à la première grossesse, puis disparaissent. Depuis cinq ans, voit son ventre grossir. Va consulter M. Vénot qui diagnostique une tumeur et conseille une intervention. La malade refuse, consulte d'autres médecins qui pensent à un fibrome. Première grossesse, il y a sept ans. Accouchement spontané, suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Entre dans le service le 20 octobre 1913. Pendant sa grossesse, présentait des troubles divers, nombreux vomissements, gastralgie, pollakiurie et albuminurie à plusieurs reprises.

Vient consulter à la Clinique dans le cours du mois de juillet pour la tumeur compliquant sa grossesse. Est opérée par M. le Professeur Bégouin qui enlève un kyste de l'ovaire contenant 9 litres de liquide. Guérison en 22 jours.

La grossesse continue à évoluer. Accouchement normal. Application de forceps pour ménager la cicatrice de l'ovariotomie.

OBSERVATION VII. (Service de M. le Professeur Rivière). —

Kyste de l'ovaire. — Application de forceps.

Primipare âgée de 23 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Puberté à 13 ans. Règles douloureuses, abondantes, durant huit jours. Aucun antécédent pathologique. Pas de vomissements ni

constipation, pas de varices, pas d'œdème, pas de dyspnée. Pertes blanches aux derniers mois de la grossesse.

Inspection à l'entrée. — On trouve deux tumeurs superposées, l'une résistante, partant du pubis et remontant à 32 centimètres; c'est l'utérus. Au-dessus, une tumeur transversale, fluctuante. M. le chef de Clinique fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. Pendant le travail, ces deux tumeurs se sont déplacées, le kyste est venu se mettre longitudinalement et à droite, l'utérus a été repoussé à gauche. Sommet engagé. Siège au fond de l'utérus et à gauche. Dilatation comme 2 francs. Poche des eaux plate et rugueuse. Suture sagittale dans le diamètre oblique droit. Fontanelle postérieure à gauche et en arrière.

Accouchement. — Le travail a débuté le 11 avril à 6 heures du matin. Dilatation normale, durée, 9 heures. Expulsion artificielle à 7 heures du soir. A 7 heures, la dilatation étant complète, on rompt les membranes et on surveille le mouvement de relation interne; on constate qu'il se fait en arrière, en occipito-sacrée. La malade ayant un kyste, et étant fatiguée par sa dilatation, on termine par une application de forceps au détroit inférieur. La tête est dégagée en occipito-sacrée. Légère déchirure de la fourchette, réunie par deux agrafes Michel.

Délivrance normale. La malade sort douze jours après.

OBSERVATION VIII.

(Nous devons cette observation, ainsi que la suivante, à l'obligeance de M. le Professeur Rivière. Nous l'en remercions tout particulièrement).

Kyste de l'ovaire pendant la grossesse. — Torsion au pédicule.

Ovariectomie. — Guérison avec continuation de la grossesse jusqu'à terme.

Mme L..., 34 ans, d'une très bonne santé habituelle, a déjà eu quatre grossesses normales. Toujours bien réglée, elle voit ses règles pour la dernière fois du 1^{er} au 5 décembre 1919. Le début de sa grossesse se passe sans incident, mais dans les premiers jours de février, elle commence à éprouver dans le ventre des

douleurs vagues qui se précisent bientôt vers la gauche, dans l'hypocondre. Puis brusquement, à la fin de février, elle est prise d'une très vive douleur dans la même région, douleur presque syncopale, avec nausées et vomissements, et augmentation assez brusque, lui semble-t-il, du volume de son ventre, dont la palpation est extrêmement douloureuse, la crise dure quelques heures, se calme par le repos et la chaleur locale, et après quelques jours, Mme L... reprend sa vie extérieure.

Le ventre, néanmoins, reste un peu sensible ; elle se sent plus lourde et plus grosse qu'il ne convient au troisième mois d'une grossesse. et comme au début de mars, elle subit une seconde crise analogue, mais moins brutale que la première, elle vient du Lot-et-Garonne consulter M. le Professeur Rivière, ayant été précédemment accouchée par lui de ses deux dernières grossesses.

Examen le 20 mars. Le ventre est en effet volumineux pour une grossesse de quatre mois, qu'il est facile néanmoins de reconnaître, bien qu'on ne perçoive ni bruits du cœur, au moins certains, ni mouvements actifs. Mais au-dessus de la tumeur utérine et rejetée plutôt dans le flanc gauche, on perçoit une autre tumeur de volume au moins d'une grosse tête de fœtus, de forme arrondie, à paroi tendue, résistante mais élastique, mate à la percussion, presque immobilisée dans sa situation, et jouissant latéralement de quelques mouvements très limités. Les déplacements de la tumeur, la sensibilité douloureuse, la tension exagérée font porter à M. le Professeur Rivière le diagnostic de grossesse de 4 mois compliquée de kyste de l'ovaire ayant subi une torsion aiguë de son pédicule, et menacée peut-être, dans une troisième crise, de brusque et dangereuse rupture ou encore de sphacèle, et M. le Professeur Rivière conseille une intervention immédiate.

Le même soir, M. le professeur Bégouin est appelé auprès de la patiente. Son diagnostic est conforme à celui de M. le Professeur Rivière, et dès le lendemain matin, il est procédé à l'opération.

Il y avait bien un kyste de l'ovaire gauche du volume précité,

à paroi extrêmement tendue et amincie, d'aspect rouge vineux, de contenu sanguin, et dont le pédicule allongé et mince était fortement torqué sur son axe. De formation assez récente, sans doute, car on n'avait rien constaté d'anormal dans son ventre, lors de sa précédente grossesse encore récente, le kyste n'avait pas contracté d'adhérences fâcheuses ; il fut facile à énucléer de l'abdomen et à séparer de son pédicule ; ouvert, il contenait bien du liquide sanguinolent ; témoignage des accidents de torsion qu'il avait subis.

L'utérus était bien gravide, en sa place normale ; le ventre fut refermé avec soin, la guérison fut rapide. La grossesse continua son cours, et le 9 septembre, à la date du terme, Mme L... accouchait d'un enfant de près de 4 kilogs, en parfait état.

L'accouchement fut tout à fait physiologique, la paroi abdominale soutenue par une ceinture résista à la pression, et les suites de couches ne furent traversées d'aucune complication, d'aucun côté. Actuellement, la santé générale et locale de Mme L... est parfaite.

OBSERVATION IX.

Kyste dermoïde praevia de l'ovaire. — Opération césarienne.

Mme V..., 24 ans, a jusqu'à son mariage, joui d'une assez bonne santé, troublée cependant depuis quelques mois avant sa grossesse par de petites crises douloureuses dans le côté gauche du ventre, par une constipation opiniâtre, et par ce fait particulier qu'il lui semblait de temps à autre que les matières fécales qu'elle rendait avaient une forme plus ou moins aplatie. Bien réglée toutefois, elle a ses règles pour la dernière fois du 12 au 16 avril 1920. Les débuts de la grossesse sont normaux et elle vient voir M. le Professeur Rivière le 20 septembre, simplement pour la lui faire constater.

Après examen, M. le Professeur Rivière conclut à une grossesse de cinq mois environ, et l'examen du ventre ne décèle rien d'anormal ; au toucher l'utérus est simplement un peu haut dans

l'abdomen, et on arrive difficilement sur une présentation très mobile qui semble être la tête fœtale.

Second examen le 22 décembre seulement, la jeune femme n'habitait pas Bordeaux. La grossesse est alors de huit mois ; l'utérus remonte à 32 cm., il est normal comme forme et développement, mais le fœtus reste flottant dans sa cavité, et la tête qui est au-dessus du détroit supérieur n'a aucune tendance à s'engager et semble faire, en avant une saillie, un relief assez prononcé, tel qu'elle le fait lorsqu'on pratique le palper mensurateur et qu'il y a rétrécissement du détroit supérieur.

Au toucher, la recherche du col est difficile, tant il est reporté en avant et comme écrasé contre la symphyse pubienne ; il est ramolli, tel un col au huitième mois de la grossesse, mais son orifice externe est absolument clos, à peine même perceptible ; en arrière de lui, remplissant le cul-de-sac postérieur et semblant même descendre, en la dissociant, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, on trouve une masse de consistance très irrégulière, tendue, élastique dans son ensemble, mais offrant dans sa paroi antérieure en contact avec la paroi postérieure du vagin, un relief, de consistance dure et comme osseuse, composé de deux demi-arcades avec, à leur sommet commun, un relief plus marqué, sensiblement cône, donnant nettement à l'ensemble la forme d'un éperon de cavalier muni de sa molette.

Cette masse, comme incluse dans la paroi recto-vaginale se retrouvait avec les mêmes caractères par le toucher rectal, mais alors on percevait moins nettement la sensation de l'éperon, plus nettement par contre les caractères d'une tumeur liquide, très tendue. La tumeur était immobilisée dans sa situation, son éperon tourné et fixé vers la lumière vaginale, à peu près à l'union du tiers supérieur du vagin avec ses deux tiers inférieurs. Par le toucher combiné au palper, il n'était guère possible de reconnaître jusqu'où remontait en arrière de l'utérus et du fœtus la ~~tumeur~~.

En présence de cet ensemble de constatations, il fallait bien admettre que la tête fœtale ne pouvait se fixer ni s'engager dans le bassin, à cause de l'interposition, en arrière et en bas d'une

tumeur plus ou moins descendue elle-même dans le Douglas. Cette tumeur, en raison de sa rénitence, ne pouvait guère être qu'une tumeur liquide et non pas une tumeur fibreuse même très ramollie par la grossesse ; l'inclusion dans sa masse de cet éperon sans doute osseux permettait de porter le diagnostic de kyste dermoïde inclus dans le Douglas, kyste de l'ovaire praevia, obstruant la filière pelvienne.

Pouvait-on envisager dans ces conditions la possibilité d'un accouchement par les voies normales : il fallait s'attendre tout d'abord à une dilatation lente, pénible et difficile, sinon impossible, et surtout, à un engagement irréalisable, pour la tête fœtale, haut maintenue par la tumeur. Était-on en droit d'espérer que la tumeur, comme parfois le fait le fibrome, remonterait spontanément ou par pression, au-dessus de la tête ? Un kyste qui paraissait renfermer des portions squelettiques, n'avait, semblait-il, aucune chance de se laminer pour passer en arrière et au-dessous de la tête, et il était évident qu'une intervention obstétricale s'imposerait. Forceps, combien dangereux avec une tête mobile et si haut retenue, avec un éperon osseux sur lequel pourraient se déchirer les parties molles recto-vaginales, avec une tumeur que la tension et la consistance de son contenu devaient rendre incompressible : il n'y fallait guère songer. L'extraction de la tête dernière après version n'eût pas été plus favorable. Forceps et version auraient donc donné un enfant mort et fait courir à la mère de tels dangers de déchirures pendant l'intervention, d'infection pendant les suites de couches, que M. le Professeur Rivière n'hésita pas à proposer l'opération Césarienne. Le diagnostic ayant été confirmé par M. le docteur Lacouture, et la Césarienne acceptée par la jeune femme, on attendit le terme extrême de la grossesse et le 28 janvier 1921, M. le Professeur Rivière et M. le docteur Lacouture procédèrent à l'intervention avant le début du travail.

Le diagnostic, dès le ventre couvert, était confirmé pleinement. L'utérus, repoussé en avant, masquait complètement une tumeur irrégulière, de volume d'une tête de fœtus à terme, enclavée presque tout entière dans le Douglas, débordant le détroit

supérieur, et, quoique sans adhérence avec les organes et tissus voisins, impossible à mobiliser, impossible à dégager. On apercevait en arrière de l'utérus la tumeur enclavée, mais elle demeurait inaccessible et on se rendait compte qu'il était de toute nécessité pour l'aborder avec chances de succès, de vider d'abord l'utérus par la Césarienne. On fit donc tout d'abord l'incision utérine, un enfant de plus de 3 kilos fut extrait sans trop de peine, vivant et respirant bien et, la délivrance terminée, la suture utérine sur deux plans établie avec soin, il fut facile d'enlever le kyste ovarien retenu en sa place par un pédicule assez étroit et sans adhérence aucune autour de lui. Le ventre fut refermé dans sa forme classique, et les suites excellentes se terminèrent par une réunion complète.

Il s'agissait bien d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Dans sa cavité on trouva accumulés et emmêlés des cheveux, des morceaux de peau. Quant à l'éperon, il était constitué par une mâchoire inférieure munie de trois dents, dont la médiane la plus saillante constituait la molette trouvée par le doigt dans la paroi vaginale postérieure. Mais, fait essentiel, cette portion squelettique n'était pas libre dans la cavité kystique, elle était totalement incluse dans la paroi antérieure de la tumeur, et par suite immobilisée, fixée implacablement, en sa place, prête à déchiqueter les parties molles maternelles, segment inférieur de l'utérus, paroi recto-vaginale, qui se seraient trouvées prises et écrasées entre les branches du forceps ou la paroi de la tête fœtale et l'éperon squelettique si malencontreusement inclus dans la paroi kystique elle-même.

Il n'y avait pas lieu dans de telles conditions, de regretter l'intervention proposée et acceptée.

CONCLUSIONS

I. — Le cours de la gestation, lorsqu'il y a coexistence de grossesse et de kyste ovarique, peut être troublé par des complications que nous grouperons de la façon suivante :

1° *Influence de la grossesse sur le kyste (accidents du kyste).* — Ces accidents sont : inflammation, suppuration, rupture du kyste, torsion du pédicule. La grossesse favorise la production des accidents propres du kyste. La torsion du pédicule s'observe 3 fois plus souvent qu'en dehors de l'état gravidique, dans 17 0/0 des cas au lieu de 6 0/0.

2° *Influence du kyste de l'ovaire sur la gestation.* — L'accouchement prématuré, par compression de l'utérus, se produit dans 23 0/0 des cas d'après Rémy, et dans 12,5 0/0 seulement d'après Puech.

Le kyste, par la surdistension abdominale qu'il produit, favorise l'apparition des symptômes suivants : oppression, dyspnée, palpitations, œdème, varices, troubles de la miction et de la défécation.

3° *Influence du kyste de l'ovaire sur le travail.* — Les complications du travail sont les compressions de l'utérus, les adhérences, les déviations utérines, et si le kyste est *prævia*, il y a dystocie dans plus de la moitié des cas (272 fois sur 455 accouchements, Puech).

II. — 1° Pendant la gestation, le traitement de choix des grossesses compliquées de kyste de l'ovaire est l'ovariotomie abdominale.

Si l'on n'intervient pas, la mortalité maternelle est de 37 0/0

et la mortalité fœtale est de 60 0/0. Par l'ovariotomie, ces chiffres baissent à 12,5 0/0 pour la mère et 34 0/0 pour les fœtus.

Si la gestation est à la première moitié de son cours, l'ovariotomie doit être pratiquée de façon systématique, de préférence vers le quatrième mois, car le corps jaune étant en période de regression, sa suppression n'entraînera aucun trouble dans le développement du fœtus.

Si la gestation a dépassé quatre mois, on devra opter pour l'expectative, afin d'éviter l'expulsion d'un fœtus non viable et reculer l'ovariotomie jusqu'à terme, car le pronostic fœtal de l'ovariotomie, favorable pendant les premiers mois de la grossesse, devient mauvais aux sixième et septième mois (60 0/0 de mortalité fœtale au lieu de 10 0/0).

2° *Traitement pendant le travail.* — Si on est appelé d'urgence auprès d'une malade porteuse d'un kyste pelvien bas situé, en pleine phase d'expulsion, on peut avoir recours à la ponction vaginale (Lepage) ou à l'incision vaginale, après échec de la ponction. Si la tumeur est abdominale, s'abstenir de toute intervention.

Si le kyste est pelvien, mais haut placé, et si le travail est moins avancé, l'intervention idéale est l'ovariotomie abdominale. C'est l'opération la plus favorable à la mère et à l'enfant. Elle n'est malheureusement pas toujours praticable. En présence d'un gros utérus en travail, et de nombreuses adhérences de la tumeur au cul-de-sac de Douglas, il est parfois impossible d'extirper le kyste sans section césarienne préalable.

Vu : *Le Doyen,*

D^r C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :

Le Président de la Thèse,

D^r RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 2 Décembre 1921,

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS. — Ovariectomie double. (Société d'Obstétrique de Paris, III, 1900).
- ANCEL et BOUIN. — Recherches sur la fonction du corps jaune gestatif. « Journal de Physiologie et de Pathologie générales ». Janvier et décembre 1910.
- AUDEBERT. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Ovariectomie au huitième mois. « Bulletin Soc. obst. et gyn. » Toulouse, juin 19..
- CAYLA. — De l'ovariectomie. Thèse de Paris, 1882.
- COUVELAIRE. — Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail sans section césarienne préalable. « Annales de Gynécologie », 1912.
- GROSSE. — Ovariectomie double pour kystes ovariens au quatrième mois. Suppression du corps jaune. « Annales de Gynécologie ». Paris, 1918-19, XIII, 464, 473.
- LEPAGE. — De la ponction vaginale dans le traitement des kystes de l'ovaire praevia au cours du travail. « Annales de gynécologie et d'obstétrique », 1912.
- LEPAGE. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, mars 1914. « Annales de gynécologie », 1916.
- LÉVY. — Dystocie par tumeur ovarique praevia ; ovariectomie abdominale et accouchement par les voies naturelles. « Annales de Gynécologie », 1913.
- MÉRIEL. — Le moment opportun de l'ovariectomie dans la torsion pédiculaire des kystes ovariens pendant les suites de couches. « Annales de gynécologie », 1912.

- MALASSEZ et DE SINETY. — Kyste de l'ovaire (Archives de Physiol., 1881).
- ORGLER. — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse. Archives de gynécol., 1901.
- POTTET. — Contribution à l'étude physiologique du corps jaune pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1911.
- PUECH et VANOERTS. — Rapport au Congrès de Lille, 1913. « Annales de Gynécologie », 1913.
- RÉMY. — Grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse de Paris, 1886.
- SAUVAGE. — A propos de l'ablation des kystes ovariens praevia pendant le travail. « Ann. gynéc. », 1912.
- SCHMIERGELD. — Traitement des kystes de l'ovaire pelviens pendant le travail. Thèse de Paris, 1911.
- SOKOLOFF. — Thèse de Paris, 1913.
- TARDIFF. — Complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1906.
- TERILLON et VALLAT. — Grossesse et kyste de l'ovaire. (Archives de Tocologie, avril 1888).
- TESSIER. — Torsion du pédicule des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant la puerpéralité. Thèse de Paris, 1902.
- THOMAS. — Indications de l'intervention pour kystes de l'ovaire dans la grossesse. Thèse de Lille, 13 juillet 1912.
- VANOERTS et PAUCOT. — « Annales de gynécologie », 1911. — Kystes rétropéritonéaux de l'ovaire.
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I ^{er}	11
CHAPITRE II	19
CHAPITRE III	24
OBSERVATIONS	37
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51
